FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1965.

THÈSE

N° 338

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Kouamé KOFFI

né le 22 décembre 1935 à Ndrikro (Côte d'Ivoire)

Ancien Externe des Hôpitaux de Dakar.

Présentée et soutenue publiquement le

A PROPOS D'UN CAS

D'ANASTOMOSE URETERO-CALICIELLE.

Président : M. Pierre ABOULKER, *Professeur*

EDITIONS A.G.E.M.P. - 8 RUE DANTE - PARIS V°

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1965. **THÈSE** N° _

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Kouamé KOFFI

né le 22 décembre 1935 à Ndrikro (Côte d'Ivoire)

Ancien Externe des Hôpitaux de Dakar.

Présentée et soutenue publiquement le

A PROPOS D'UN CAS

D'ANASTOMOSE URETERO-CALICIELLE.

Président : M. Pierre ABOULKER, *Professeur*

EDITIONS A.G.E.M.P. - 8 RUE DANTE - PARIS V°

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK
- LEIDEN -

15-12-1963

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Gaston CORDIER.

1er ASSESSEUR . . . . . Daniel BARGETON

2e ASSESSEUR . . . . . Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
— —	DOGNON (A.)
— —	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Gérontologie expérimentale	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
— —	BRICAIRE (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.) / GOUGEROT (L.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Cochin	LEGER (L.)
Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Pitié	CORDIER (G.)
Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Salpêtrière	SICARD (A.)
Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales — Broussais	MILLIEZ (P.)
Broussais	LENÈGRE (J.)
Cochin	BROUET (G.)
Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Laribosière	SÈZE (S. de)
Pitié	DREYFUS (G.)
Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Saint-Antoine	BOUDIN (G.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
— — (Cochin)	OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Laribosière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	N...
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Séméiologie traumatique et orthopédique	JUDET (R.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	N...

b) Professeurs à titre personnel :

Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	LAMBLING (A.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F.)
	WORMS (R.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

	MM.
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) BLONDEAU (Ph.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DAUTRY (P.) DEMIRLEAU DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GALEY (J.-J.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) GAUDART-d'ALLAINES (Cl. de) GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LOYGUE (J.) MAILLARD (J.-N.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) PREMONT (M.) ROBERT (H.) THOMERET (G.) VAYSSE (J.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BERTHAUX (P.) COTTENOT (Fr.) LŒPER (J.) Pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) PAUPE (J.-R.)
Pathologie médicale	ACAR (J.) AUQUIER (L.) AUSSANNAIRE (M.) BEAUMONT (J.-L.) BERNIER (J.-J.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CANIVET (J.) CARLOTTI (J.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) CLOAREC (M.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) DEBRAY (J.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) FUNCK-BRENTANO (J.-L.) GRIVAUX (M.) HAZARD (J.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAGRUE (G.) LESOBRE (R.) LEVEQUE (B.) MAGREZ (C.) MOREAU (L.) NENNA (A.) NICK (J.) POULET (J.) ROYER (P.) TCHERDAKOFF (Ph.) THIBAULT (Ph.) TOURNEUR (R.) VILLIAUMEY (J.) WOLFROMM (R.)

	MM.
Pédiatrie-Puériculture	ALAGILLE (D.) ALISON (J.) CANLORBE (P.) GORIN (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) LESTRADET (H.) MALLET (R.) MANDE (R.) MINKOWSKY (A.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) REY (J.) RIBIERRE (M.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.) DURAND (J.) GIRARD (Fr.) m. conf. HUGELIN (A.) LAURENT (D.) SCHERRER (J.) pr. s. ch. VASSEUR (B.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.) COURSAGET (J.) GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PAGÈS (J.-Cl.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-C. pr. s. ch. TUBIANA(M.) m.conf.
Pneumo phtisiologie	DECROIX (G.) ISRAEL (L.) MEYER (A.) RENAULT (P.) SORS (Ch.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Radiologie médicale	DUBOST (J.) LEFEBVRE (J.) MICHEL (J.-R.)
Rhumatologie	MASSIAS (P.)
Stomatologie	CAUHEPE (J.) CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. CREPY (Cl.) FLEURY (R.) GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) FOUET (P.) LABET (R.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

II. -- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) HUREAU (J.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), pr. s. ch. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	N. du BOUCHET (Mme) KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) pr. s. ch. CHRISTOL (D.) DAGUET (G.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAULIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) pr. s. ch. CORNILLOT (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) JEROME (H.) KRUH (J.) LEGRAND (J.-Cl.) NORDMANN (J.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Biologie médicale	BENHAMOU (J.-P.) BOIVIN (P.) HARTMANN (L.) pr. s. ch.
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Cardiologie	HATT (P.-Y.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.) HEWITT (J.) TOURAINE (R.)
Electro-Radiologie	HEITZ (F.) m. conf. LEDOUX-LEBARD (G.)
Embryologie	ROUX (Ch.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. DA LAGE MAROIS (M.) RACADOT (J.) SCHRAMM (B.)

	MM.
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) ROUSSEL (A.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.) LISSAC (J.) RAPIN (M.)
Maladies métaboliques	ANTOINE (B.) CROSNIER (J.) RICHET (G.) SEBAOUN (J.)
Médecine légale	BOURGUIGNON (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Neuro-Psychiatrie	CAMBIER (J.) CATHALA (H.) ESCOUROLLE (R.) GAUTIER (J.-Cl.) LAPRESLE (J.) LEREBOULLET (J.) PICHOT (P.) TARDIEU (G.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) LEWIN (D.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) TCHOBROUTSKY (Mme C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	AUVERT (Mme B.) BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) FONTAINE (Mme M.) SARAUX (H.)
Orthopédie	DUPARC (J.) MAURER (P.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.) SERGENT (H.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) HO THI SANG (Mlle) LAPIERRE (J.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.) MORIN (P.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE — BOLTANSKI (E.), LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546825_0016

A mes Parents

A ma Femme

A mes Amis

Affectueuses pensées.

A Tous mes anciens

Maîtres de la Faculté de Dakar

Ma profonde reconnaissance.

A Tous mes Maîtres des Hôpitaux de Paris.

Ma vive gratitude.

A Messieurs les Docteurs

J. FRITSCHI

BUTIN

LEBESCOND

Ma reconnaissance et ma profonde sympathie.

A Monsieur le Professeur P. ABOULKER

Professeur de la Chaire de Clinique d'Urologie
à la Faculté de Médecine de Paris,

Membre de l'Académie de Chirurgie,

Officier de la Légion d'Honneur,

Hommage de respectueuse
reconnaissance pour le grand honneur
qu'il nous a fait en acceptant la prési-
dence de cette thèse.

PLAN

- INTRODUCTION

- OBSERVATION PROPREMENT DITE

- AUTRES CAS SIGNALES DANS LA LITTERATURE

- CONCLUSION

- BIBLIOGRAPHIE.

INTRODUCTION

Depuis quelques années, de nombreuses techniques chirurgicales nouvelles sont venues s'ajouter à celles non moins nombreuses qui existaient dans le traitement de certaines maladies des voies urinaires. Il suffit pour s'en rendre compte, d'ouvrir quelques-unes de ces revues consacrées exclusivement à cette spécialité. Nous n'avons nullement l'intention, ni la prétention de passer en revue toutes ces nouvelles techniques. Quelques exemples suffisent à en donner une idée. Beaucoup de quotidiens ont publié ces dernières années de nombreux articles concernant les greffes rénales. Différentes plasties sont presque couramment pratiquées dans ce domaine. Le traitement chirurgical conservateur dans la tuberculose rénale constitue aussi l'un de ces grands progrès avec la spéléotomie si brillamment défendue par le Docteur WETTERWALD dans le journal d'urologie et de néphrologie de février 1964.

R. KUSS rapporte un cas d'anastomose pyélo-urétérale latéro-latérale à propos d'une sténose urétérale : A. LHEZ et J. CAISSEL, 5 réimplantations urétéro-pyéliques ; S. PETKOVIC, des anastomoses calicio-calicielles après résection de la sténose de la tige calicielle.

Mais il y a plus particulièrement une technique qui, malgré les grands services qu'elle peut rendre, semble jusqu'ici ne recueillir que les seuls suffrages de ses auteurs, nous voulons parler de l'anastomose calicio-urétérale, qui est le but de ce travail et dont nous nous proposons de vous présenter le seul cas pratiqué par le Professeur P. ABOULKER à l'Hôpital Lariboisière à Paris en février 1959.

o0o

OBSERVATION PROPREMENT DITE

Madame H... S, 36 ans, mariée, 3 enfants, sans profession

Entre dans le Service le 28. 1. 59, après de nombreux séjours à l'Hôpital Rotschild, pour NEPHROSTOMIE à droite et FISTULE RENALE à gauche.

Histoire de la maladie :

Le début des troubles dont souffre Madame H... S, remonte à 1948 où lors d'une grossesse (sa 3e grossesse) elle fait une crise de colique néphrétique du côté gauche. Des urographies I. V. pratiquées à ce moment auraient montré une image de lithiase.

En effet, 8 ans après, seulement en 1956, est pratiquée une intervention chirurgicale pour enlever ce calcul (en Egypte) le 26. 7. 56. Dans les suites opératoires se produit une fuite d'urines par la lombotomie pendant deux mois.

La malade vient à l'Hôpital Rotschild en Novembre 1956 où on lui met une sonde urétérale pendant six semaines. La fistule se ferme. Par ailleurs, on découvre une lithiase du côté droit, probablement dans le rein aux dires de la malade.

Le 17. 12. 57, nouvelle crise de colique néphrétique du côté gauche. On met alors en place une sonde urétérale gauche, puis on fait une intervention à droite pour extraction d'un calcul coralliforme. On laisse une néphrostomie droite à cause d'une rupture du bassinet.

En mars 1958, on fait une réintervention à droite, au cours de laquelle on change la sonde de néphrostomie. Dans les suites opératoires la malade fait une embolie pulmonaire.

En avril 1958, on fait une nouvelle intervention à gauche et une néphrostomie est pratiquée qui reste en place jusqu'en novembre 1958.

Lors de l'ablation de la sonde, il se forme une fistule urinaire qui existe encore, se ferme, et s'ouvre de temps en temps sur un rythme variable et pour des délais variables.

En conclusion de cette longue histoire, la malade est dans la situation suivante :

- néphrostomie à droite qui donne 750 à 1 000 ml. d'urines par 24 heures.

- fistule à gauche qui donne de l'urine en alternance avec des mictions normales.

ooo

Examens de laboratoires :

Le 29. 1. 59 :

- Urée sanguine = 0, 30 g
- Examen cyto-bactériologique des urines = de nombreux cristaux de phosphates ammoniaco-magnésiens. De nombreuses hématies. Assez nombreux leucocytes. Rares cellules rondes. Très nombreux germes, bacilles G- et cocci G+ type entérocoque. Souches résistantes à tous les antibiotiques et à la Furadoïne.
- Numération globulaire et formule = Normales.
- Taux de Prothrombine = 100 %
- Test à l'Héparine = 12'15 (témoin 12').

Le 30. 1. 59 :

- U. P. R. bilatérale et cliché simple.
  - A droite : sclérose du bassinet avec sténose du col. Pas de passage du produit opaque.
  - A gauche: Plusieurs petits calculs dans l'uretère pelvien. Compression extrinsèque du bassinet. Fistule polaire inférieure.

Le 3.2.59 : On intervient sur le rein droit.

Voici le résultat de l'examen histologique de la pièce de néphrectomie partielle.

Importantes lésions inflammatoires diffuses et anciennes se traduisant par une sclérose de la capsule, de nombreux foyers nodulaires avec infiltration lympho-plasmocytaire du tissu interstitiel, sclérose des glomérules à début périphérique, atrophie des tubes. Une endartérite relativement marquée des gros troncs artériels. Néphrite chronique.

o0o

COMPTE RENDU OPERATOIRE

Le 3 février 1959 :

Implantation de l'uretère dans un calice.

Sur la paroi latérale du flanc existe l'incision très étendue dans laquelle on a fait les deux néphrostomies, et à la partie moyenne on voit sortir le drain de néphrostomie. On l'enlève et une incision transversale croisant en X allongé la première incision permet de circonscrire l'orifice de la fistule rénale.

On va alors après avoir ouvert le péritoine et refoulé le péritoine en dedans en le décollant, aborder le rein. Cette dissection est extrêmement difficile. Elle sera facilité par la mise en place d'une pince de Museux sur le trajet cutané qui va permettre de mobiliser le rein. On va donc ainsi en arrière libérer le rein qui adhère intimement aux muscles postérieurs. En avant, on arrive à pousser la dissection suffisamment pour voir le bord du duodénum deuxième portion et la veine cave inférieure. En haut on va pousser la dissection moins loin, car on n'aura pas grand besoin d'aborder le pôle supérieur. Néanmoins, on le libère. Il y a des adhérences blanchâtres extrêmement dures qu'on est obligé de couper au bistouri. A la partie inférieure, également, très fortes adhérences correspondant à la face profonde des cicatrices faites antérieurement. On finit par libérer le rein complètement.

On va alors chercher l'uretère bas, on le dissèque vers le haut et on le voit se perdre dans le hile, après avoir fait un coude en col de cygne. On essaie en explorant par l'orifice de néphrostomie de trouver des cavités rénales libres, on n'y parvient pas. En effet, la sonde introduite dans l'orifice de néphrostomie semble devoir perforer le pôle inférieur, sans à aucun moment donner l'impression d'être dans une véritable cavité. On va donc faire sur la face interne du rein, en partant du hile et atteignant le pôle inférieur, une incision en deux valves après avoir libéré le pédicule rénal en haut et avoir passé autour de lui un tourniquet.

On va donc ouvrir en deux valves le bord interne, ceci va nous mener dans le hile du rein où l'on constate que l'uretère se termine borgne. On le libère à cet endroit là et on le met à part. L'incision ne permet pas de trouver des cavités rénales. On va donc faire une néphrectomie polaire inférieure qui va couper le rein en deux en passant au-dessus de l'orifice de néphrostomie. Cette incision qui est faite sans contrôle hémostatique va très rapidement traverser un rein assez scléreux, ouvrir le bassinet qui est assez petit et dont on voit en dedans oblitérer la communication avec l'uretère. On ouvre également un calice et le pied du grand calice supérieur, le seul correspondant à une partie fonctionnelle du rein.

Néphrectomie

Relâchement de l'hémostase qui permet d'arrêter tous les vaisseaux sanguins saignants et à ce moment là, on va encore libérer l'uretère en coupant quelques brides qui le font adhérer à la face profonde du péritoine et on l'amène sans traction sur la tranche de section. Là, en se servant d'une sonde de CUMMINGS que l'on va entrer par le calice que l'on a ouvert, on met la partie élargie dans la terminaison du pied du grand calice supérieur et l'on enfonce l'extrémité fine dans l'uretère que l'on va fixer au calice par trois points au catgut 00. Pour ne pas entourer cette anastomose de tissu susceptible de la sclérose, on excise des fragments scléro-lipomateux qui l'entourent et on n'amène pas au contact de tranche de parenchyme. On va donc simplement pour recouvrir le pied du calice largement ouvert ramener des débris de capsules en dehors ; alors qu'on laisse en-dedans la surface de section à plat sur laquelle s'abouche l'uretère.

Fermeture du péritoine.
Hémostase soigneuse.
La néphrostomie sort par la partie supérieure de l'incision.
Drainage par une lame de caoutchouc.
Fermeture de la paroi plan par plan.

oooo

SUITES OPERATOIRES

Les suites opératoires ont été simples. La malade est mise aux antibiotiques. Le 3e jour, ablation de la lame de caoutchouc. Le 14e jour, ablation des fils. On ne retire la sonde de néphrostomie que le 5. 3. 59, soit un mois environ après l'opération. Pendant ce temps, différents examens de Laboratoire sont demandés.

Le 13. 2. 59. Urines :

Diurèse	0,900 litre
Ca	25 mg
Mg	40 -
P	0,10 g
Urée	5,8 g
Ammoniaque pH	9
Urée urinaire de la vessie	8,4 g
Diurèse	0,700 litre

Le 17. 2. 59. Urines :

Diurèse	0,800 litre
Ca	30 mg
Mg	20 -
P	0,50 g
Ammoniaque pH	> 9

Ionogramme des urines

Cl	3,35 g
Na	1,30 -
K	0,80 -

Le 19. 2. 59.

N. F. Numération sanguine et formule leucocytaire : Normales.

Le 20. 2. 59.

Ionogramme sanguin :

Cl	3,65 g
Na	3,10 -
K	170 mg
D. brut	0,58
D. corrigé	0,57
Urée	0,30 g
R. A.	44 vol.
Protides	75 g
Hématocrite	36
Ca	85 mg
Mg	18 -

Le 24. 2. 59. On pratique une U. I. V.

Le 27. 2. 59. On fait une intervention sur l'uretère gauche.

En voici le compte rendu :

Calcul de l'Extrémité inférieure de l'Uretère Gauche

Cette malade a déjà subi une intervention sur l'extrémité inférieure de l'uretère gauche, aussi, la pénétration dans l'espace sous péritonéal est-elle très difficile. Ligature de l'artère épigastrique.

Au niveau de la partie du pelvis, le péritoine adhère extrêmement et il se déchire longitudinalement juste en arrière de la trompe utérine et de l'ovaire.

Hémostase difficile de petits vaisseaux qui saignent et qui sont pris dans les tissus cicatriciels.

On découvre facilement l'uretère qui est assez gros avec une péri-urétérite et on le suit dans l'excavation pelvienne. On trouve très rapidement un petit calcul triangulaire pour ainsi dire fiché dans sa paroi.

Urétérostomie - Excision.
Puis l'uretère devient de plus en plus étroit, de plus en plus friable. Il se perd dans la face postérieure de la vessie dans un tissu scléreux

d'où il est difficile de le disséquer. On décide donc de le disséquer plus largement vers le bas. On libère la vessie et l'on finit par suivre l'uretère jusqu'à la vessie. On constate que l'extrémité terminale est très scléreuse. On n'y sent pas de calculs.

On va donc se décider à une résection de l'uretère et à une réimplantation.

Auparavant, on a refermé le péritoine, pour cela on a passé une série de points de fil de nylon dans la lèvre externe ; puis dans la lèvre intérieure et l'on noue ces points deux à deux. On met 1 ou 2 points supplémentaires pour fermer une brèche dans laquelle s'engageait la trompe utérine.

A ce moment, on constate que la vessie en distension arrive juste en contact de l'uretère et qu'une simple urétéro-néo-cystostomie serait sûrement soumise à une grande tension. On décide de faire une cystoplastie.

On taille sur la face supérieure de la vessie, un lambeau quadrangulaire d'environ 1 cm 1/2 à 2 cm de large et de 4 cm de longueur que l'on va rejeter vers le haut. On referme la vessie par des points séparés sur la muqueuse et des points séparés sur la musculeuse, après avoir fait passer par l'uretère une sonde urétérale n° 14 dont l' "extrémité va être enfoncée dans l'uretère. Puis on constitue le tube. Il arrive juste au contact de l'extrémité de l'uretère que l'on a dû retailler, car elle était scléreuse. On fend l'uretère en 2 valves que l'on va suturer à la face interne du tube que l'on va compléter. On fixe le tube au facia iliaque par un premier point à la partie moyenne. Puis on se sert des points de fixation de l'uretère pour le suturer également au facia iliaque et l'on passe un point dans la face antérieure de l'uretère et dans la face antérieure du tube pour les réunir.

Fermeture de la paroi plan par plan sur lame de caoutchouc et sur antibiotiques.

La durée de l'intervention est de 2 heures.

Au cours de l'intervention, on fait un prélèvement d'uretère pour examen histologique dont voici le résultat.

Prélèvement d'uretère gauche : L'épithélium est le plus souvent ulcéré (la lumière étant alors limitée par un bourgeon charnu banal). Lorsqu'il existe, il repose sur un chorion très inflammatoire contenant de petits amas de concrétions pulvérulentes. Par ailleurs, la musculeuse est atrophique, distendue par un tissu conjonctif oedémateux, contenant quelques amas lymphoïdes. Pas de lésions inflammatoires spécifiques.

Le même jour un examen des urines donne les résultats suivants :

Diurèse	0,250 l (rein droit par la sonde)
Ca	40 mg
Mg	20 -
P	0,30 g
Urée	6,80 g

Suites opératoires :

Ici encore, elles ont été simples. On continue les antibiotiques. Une pyélographie est pratiquée le 11e jour après l'opération alors que la sonde de néphrostomie gauche a été enlevée un jour avant. Le 12e jour, ablation de la sonde vésicale.

Des contrôles fréquents des examens de laboratoire sont faits comme après la première intervention.

Le 2.3.59.

N. F.

G. R.	3.700.000
G. B.	14.900
Formule leucocytaire	65 %

T. P.	88 %
T. H.	13'45 (témoins 12' et 13')

Hématocrite : 36 %

Ionogramme sanguin :

Cl	3,55 g
Na	2,90 -
K	175 mg
D brut	- 0,57
D corrigé	- 0,56
R. A.	48 vol.
Urée sanguine	0,40 g

Le 9.3.59.

Ionogramme sanguin :

Cl	3,55 g
Na	3,05 -
K	170 mg
D brut	- 0,56
D corrigé	- 0,55

R. A.	50 vol.
Urée sanguine	0, 20 g
Hématocrite	34 g
Protides	80 g

Le 13. 3. 59. Urines

Ca	84 mg
Mg	72 -
Urée	2, 10 g
Diurèse	0, 800 litre

Le 17. 3. 59 : Urines :

Ca	75 mg
Mg	72 -
Urée	6, 20 g
P	0, 75 - P2 05
Diurèse	1 litre

Le 19. 3. 59.

Examen cyto-bactériologique des urines :

Nombreuses cellules pavimenteuses

Nombreux leucocytes

Examen direct : Bacilles G-

Culture : Entérocoques

Germes résistants aux antibiotiques.

La malade sort le 20. 3. 59.

Mais elle est suivie en externe pendant quelques mois jusqu'à ce qu'elle ait cessé de venir nous voir. Une U. I. V. pratiquée le 27. 7. 59. montre :

Une stase et dilatation calicielles bilatérales sans obstacle urétérale visible.

Elle a continué à se bien porter. Elle a repris des activités normales comme le témoigne cette lettre qu'elle nous a écrite le 2. 1. 63. C'est-à-dire 4 ans après, et que nous rapportons intégralement

Une lettre de la malade 4 ans après.

Paris, le 2 janvier 1963.

Monsieur le Professeur P. ABOULKER
Hôpital Cochin

Paris.

Cher Professeur,

Je viens par la présente vous souhaiter une bonne et heureuse année, pleine de joie et de bonheur, et la réalisation de tous vos voeux.

Je ne sais si vous vous souvenez de moi, mais j'essayerai de vous rappeler mon cas.

Après avoir été opérée une fois en Egypte et 3 fois à l'hôpital Rothchild d'une lithiase rénale. Je vous ai été présentée par le Docteur Abramovitch. Et je suis entrée dans votre service à l'hôpital Lariboisière où vous m'avez opérée 2 fois au courant du mois de février 1959 d'un boari côté gauche et d'une transplantation d'uretère côté droit. Grâce à votre science et à vos bons soins, je me suis toujours portée à merveille depuis. Je suis venue vous voir très souvent en 1959 et 1960. Puis comme tout allait bien j'ai eu le tort de ne plus retourner vous consulter.

Malheureusement, hier j'ai eu une crise, que je présume être une colique néphrétique et après tous les malheurs que j'ai passé, je me suis alarmée et je voudrais absolument vous consulter le plus rapidement possible.

Etant donné qu'en ce moment je travaille et que je n'ai pas le loisir de m'absenter n'importe quand, je vous serais très obligée si vous voulez bien me recevoir le samedi matin, ou me fixer un rendez-vous.

En attendant une réponse favorable, je vous prie d'agréer, Cher Professeur, l'assurance de mes sentiments les plus respectueux.

Mme H... S.

Nous revoyons cette malade le 27. 2. 65, soit 6 ans plus tard. Elle se porte toujours bien. Elle a une vie tout-à-fait normale. Elle travaille comme Dactylographe.

Son urée sanguine faite ce même jour est à 0, 55 g. Un examen des urines montre :

Albumine	0, 20 g
Pus	++
Leucocytes	+ +
de nombreuses cellules	

Germes : Staphylo. Entérocoque.

o0o

AUTRES CAS SIGNALES DANS LA LITTERATURE

1re OBSERVATION

Anastomose Urétéro-Calcielle
par Robert J. MACAULAY, JR.

De la Division d'Urologie, service de
Chirurgie de "DUKE Hospital"

DE DURHAM N. C.

Une Noire de 42 ans, entre pour la première fois à Duke University Hospital en novembre 1958, pour une histoire d'hématurie et de douleurs dans le flanc. Une Urographie révèle alors une lithiase rénale bilatérale avec une fonction du rein droit très diminuée et compromise du côté gauche. L'urée sanguine est à 0, 26 g et le P. S. P. montre une élimination totale de 35 % avec 15 % d'élimination pendant les 30 premières minutes. L'examen d'urine révèle la présence de nombreux leucocytes et hématies ainsi que des germes. La culture des urines n'a pas été faite.

Une pyélonéphrolithotomie est faite. Une hémorragie étendue nécessite des ligatures au niveau de la jonction pyélo-rénale et urétéropyélique. On met en place une sonde de néphrostomie. Elle revient en 1959. Son urée sanguine est 0, 26 g. La P. S. P. est de 5 % en 30 minutes. Une culture des urines montre du pyocyanique. On pratique une néphrectomie droite ; ensuite la malade est suivie en externe : on rencontre des difficultés croissantes dans le maniement de la sonde de néphrostomie. Les urines s'infectent et deviennent purulentes.

Elle est alors réadmise en 1960, présentant une baisse continuelle et évidente de la fonction de son rein restant ; l'élimination totale de la P. S. P. est tombée à 20 % sans aucune excrétion pendant les 30 premières minutes. Une néphrostographie pratiquée simultanément avec une U. P. R. montre une dilatation importante du système collecteur (des calices). L'uretère gauche se termine borgne au niveau de la jonction urétéropyélique. Le bassinet semble complètement imperméable.

Le 7 novembre 1960, on va explorer le rein avec l'intention de rétablir la perméabilité normale. La partie supérieure de l'uretère est identifiée et disséquée en direction du bassinet.

On trouve alors que l'uretère à mesure qu'il s'approche du bassinet devient imperméable et se perd dans un tissu cicatriciel dense qui se prolonge dans le hile du rein et entoure toute la zone du pédicule rénal et le bassinet. On ne peut pas identifier le bassinet. Le parenchyme rénal est atrophié et le cortex aminci. Ainsi, on se trouve dans l'impossibilité de tenter quelque type que ce soit de pyéloplastie. La résection du pôle inférieur du rein expose le calice inférieur largement dilaté qui est ouvert près du bord moyen de la berge inférieure.

On retire du gravier du calice inférieur, et on fait une anastomose termino-terminale entre l'uretère et le calice inférieur. L'anastomose est faite sur un cathéter rouge n° 10 type Robinson avec du catgut chromé n° 0000 à points séparés. Une sonde n° 22 type Pezzer utilisée pour le drainage de néphrostomie est mise en place à travers une ouverture faite dans la paroi latérale du calice inférieur. Le cathéter urétéral est retiré 22 jours après l'opération. On clampe la sonde de néphrostomie et le drainage se fait tout seul par la bouche d'anastomose et par l'uretère. On retire la sonde de néphrostomie 2 jours plus tard. Cependant, il se produit subséquemment une fuite d'urines par le flanc qui nécessite la mise en place d'une sonde urétérale par voie rétrograde. La suite d'urines par le flanc cesse presque immédiatement et le cathéter urétéral est retiré 6 jours après. On suppose qu'une fermeture temporaire s'est développée probablement due à l'oedème puisqu'une sonde urétérale n° 8 est facilement passée dans le rein. La malade est suivie en externe. Elle a continué à se bien porter. Cinq mois après l'opération une U. P. R. montre une bouche d'anastomose évidente. Les urines contiennent 4 à 5 leucocytes. La malade n'a pas pris de médicament depuis plus de 2 mois. L'urée sanguine est à 0,14, et la P. S. P. montre une élimination de 14 % pour les 30 premières minutes.

CONCLUSION : C'est une suggestion originale qu'une urétéro-caliciostomie peut-être intéressante dans le traitement du rétrécissement de la jonction urétéropyélique où certaines raisons, par exemple un bassinet intrarénal, ou, comme dans le cas rapporté, ici un tissu cicatriciel dense, dû à une opération antérieure empêchent de pratiquer une pyéloplastie plus conventionnelle. Le procédé serait aussi applicable dans le cas d'un long rétrécissement urétéral par mobilisation complète du rein et par son abaissement aussi bas que le permettra le pédicule. Le seul facteur limitant quant à la longueur de sténose qui peut être traitée par cette technique, serait l'étendue de la mobilité rénale sans tension excessive sur le pédicule et sur l'anastomose urétéro-calicielle.

L'importance de la résection du pôle inférieur du rein serait accentuée. L'inconvénient d'une telle façon de faire réside dans l'obstruction due aux adhérences du parenchyme autour de la bouche d'anastomose.

2e OBSERVATION

JAMESON S.G., Mc KINNEY J. S., RUSHTON J. F. dans le journal d'Urologie Américain, Février 1957, T. 77, N° 2, pp. 135 à 143.

Sténose de la jonction d'un rein droit, congénitalement unique, porteur de lithiase urique. Dissolution des calculs et anastomose urétéro-calicielle. Sténose de l'uretère. Néphrectomie polaire inférieure et nouvelle anastomose urétéro-calicielle. Excellent résultat.

J. L. C., un petit garçon de 8 mois, est hospitalisé pour anurie. On note à l'examen l'existence d'un gros rein droit et d'oedèmes généralisées mais discrets. L'anurie est complète. Urée sanguine 1,40 g.

Pour dépister un obstacle éventuel, on pratique d'abord une cystoscopie avec montée de sonde urétérale.

La cystoscopie montre l'absence congénitale de la moitié gauche du trigone et de l'orifice urétéral gauche. Quelques cristaux d'acide urique émergent de l'orifice urétéral droit. On monte facilement une sonde urétérale (14 F) jusqu'au bassinet. Quand on la retire, on voit plusieurs éjaculations d'urine sortant de l'orifice urétéral droit. Dans ces conditions, étant donné l'état très précaire du nourrisson, on renonce à la pyélographie projetée, l'obstacle semblant levé.

Mais l'anurie se prolonge et l'on doit refaire une cystoscopie et monter une sonde urétérale (4 F).

La pyélographie montre une grosse lacune du bassinet droit due à la présence d'un calcul d'acide urique.

La sonde urétérale est laissée à demeure, elle donne abondamment et va permettre des irrigations de bicarbonate de Na pour dissoudre les calculs.

Ces manoeuvres endoscopiques entraînent une infection avec fièvre à 40° cédant aux antibiotiques.

L'amélioration clinique est rapide et une nouvelle pyélographie montre que le calcul est toujours là mais qu'il a très sensiblement diminué. On enlève donc la sonde urétérale et les mictions normales reprennent.

U. I. V. (2. 6. 55) : absence de rein gauche, disparition du calcul du rein droit.

Il existe une sténose de la jonction de ce rein droit unique avec une énorme distension des calices.

Mais après quelques jours l'anurie récidive et l'on doit remonter une sonde urétérale. C'est dans ces conditions que l'on intervient.

Opération

Anastomose urétéro-calicielle

Lombotomie droite et exposition du rein. La partie initiale de l'uretère est très sténosée sur une longueur de 1 cm. La partie la plus rétrécie est pâle, friable et s'enfonce dans le rein, le bassinet est entièrement intra-sinusal. De plus, il existe une grosse branche de bifurcation de l'artère rénale qui croise la face postérieure de l'uretère et interdit l'abord du bassinet ; en effet le clampage de ce vaisseau entraîne une cyanose très marquée du tiers postérieur du rein.

On renonce donc à aborder le bassinet pour faire une plastie de la jonction et on renonce à faire une simple intubation qui serait vouée à l'échec étant donné l'aspect friable et inflammatoire de l'uretère.

La seule solution acceptable semble de tenter une anastomose entre l'uretère et le calice inférieur (la simple néphrostomie qui aurait toutes chances d'être définitive ne peut être envisagée).

Après clampage provisoire du pédicule rénal, on aborde le calice inférieur par une néphrotomie large. On résèque la portion sténosée de l'uretère. On met alors en place une sonde de néphrostomie de Mac Iver n° 18 par le calice moyen. Cette sonde plonge dans l'uretère.

L'uretère est suturé à la muqueuse calicielle au catgut chromé 000.

On hésite à réséquer les deux valves de la néphrotomie et, pensant qu'elles assureront une meilleure protection de l'anastomose en la couvrant, on les referme par plusieurs points de catgut chromé 000.

Un drain rétro-rénal.

Les suites opératoires sont simples :

Le pansement est très mouillé au début, mais la majeure partie des urines passe par la néphrostomie. L'enfant sort au 10e jour. La néphrostomie est supprimée le 22e jour. Une U. I. V. est pratiquée le 23e jour : il existe une très importante distension des calices.

Après l'ablation de la néphrostomie, les urines deviennent troubles et la température monte malgré les antibiotiques.

Une U. P. R. montre qu'il existe une sténose de l'uretère intra-rénal au-dessous de l'anastomose. Cette sténose se laisse cependant franchir par une sonde urétérale n° 4 F qu'on laisse à demeure dans le bassinet pendant 3 jours. Mais la fièvre reprend dès l'ablation de la sonde, on remonte encore une sonde urétérale et on hospitalise à nouveau le nourrisson pour une autre opération.

2e opération un mois 1/2 après l'anastomose urétéro-calicielle.

Néphrectomie polaire inférieure et nouvelle anastomose urétéro-calicielle.

Lombotomie droite itérative, découverte du rein et isolement de l'uretère sur 5 cm.

Le pôle inférieur du rein est très remanié, rétracté. On ouvre d'abord le calice inférieur sans toucher à l'anastomose urétéro-calicielle pour l'explorer.

On note une sténose de la portion de l'uretère qui traverse le pôle inférieur du rein mais l'anastomose elle-même est bien perméable.

L'uretère est alors détaché du calice inférieur et on enlève tout le pôle inférieur du rein qui est rétracté.

Une sonde 12 F est introduite par la convexité du rein dans le bassinet, puis dans l'uretère. Celui-ci est sectionné. Les deux valves urétérales sont alors suturées à la muqueuse du calice inférieur (ou plutôt de son collet) au catgut chromé 000 sans que l'on essaie de faire une suture très étanche. Un drain rétro-rénal.

Les suites de cette opération sont favorables.

Le nourrisson sort de l'hôpital le 10e jour. Pendant plusieurs jours, le pansement a été mouillé par une fuite d'urine importante, mais la plaie s'assèche vite.

Le 59e jour on fait une pyélographie descendante par la sonde de néphrostomie. Celle-ci est supprimée le 63e jour. La plaie reste sèche et cicatrise vite.

9 mois après l'intervention, une U. I. V. (1. 8. 56) montre qu'il n'y a pas de calculs.

Le rein sécrète bien, la distension des calices a très nettement regressé : ils sont presque normaux. Par ailleurs, les urines sont claires, la température normale et l'état général excellent.

Excellent résultat contrôlé 6 ans plus tard.

——o0o——

3e OBSERVATION

H. F. CHAUVIN et G. FARNARIER de MARSEILLE
Résultat immédiat d'une anastomose urétéro-calicielle pour

tuberculose rénale

Journal d'Urologie de 1961 page 545.

Madame CO... Monique, âgée de 29, nous est amenée le 10 mars 1960 par un de ses cousins assistant d'anesthésie dans notre service ; ses antécédents tuberculeux sont nombreux.

Tumeur blanche du genou et pleurésie en 1942, Pott en 1949, cystite en 1952 commencement d'une bacillose rénale qui dure depuis avec des alternatives de bacillurie et d'urine stérile et qui a amené les lésions suivantes : du côté gauche, une amputation complète du calice supérieur avec la spicule caractéristique. A droite une image en marguerite particulièrement nette et une dilatation notable des cavités inférieures. A l'analyse : de l'albumine, du pus et pas de B. K. décelable.

Chez cette femme jeune, dont le rein gauche peut être considéré comme ayant guéri sa lésion par exclusion, par certains, nous ne pouvons espérer sauver le rein droit par un traitement médical étant donné les doses très importantes d'antibiotiques que cette malade a reçues depuis 1949.

Une opération est, à notre avis, indispensable pour permettre un drainage correct des cavités rénales.

Le 14 mars, sous A. C. F. Docteur WIOT, par thoraco-lombotomie extra-séreuse droite, découverte d'un rein entouré d'une péri-néphrite. L'uretère est disséqué jusqu'à la jonction pyélo-urétérale qui est moins profonde à l'intérieur du hile qu'on ne s'y attendait et l'on peut pratiquer sur cette jonction urétéro-calicielle inférieure, puisque le bassinet a disparu, un élargissement de la jonction suivant la technique de Finger. L'intervention est poursuivie en laissant une sonde urétérale n° 8 à demeure qui sera retirée de la vessie les jours suivants. Fermeture de la paroi au catgut N° 4. Strepto.

Bonnes suites opératoires le 19 mars, sonde urétérale retirée ce jour.

Sort le 31 mars.

Nous revoyons cette malade à plusieurs reprises. La dernière fois le 27 mars 1960.

L'analyse d'urine montre.

Albumine	0
Sang	0
Pus	0
B. K.	0

Une U. I. V. de contrôle est pratiquée, en voici les clichés :

Le fonctionnement rénal gauche est toujours satisfaisant. A droite la dilatation est moindre, le calice a l'air bien drainé.

——oOo——

4e OBSERVATION

W. PAGEL. Journal d'Urologie Allemand 1955, Tome 48 ; N° 11, pp. 699 à 704.

Sténose cicatricielle de la jonction pyélo-urétérale d'un rein fonctionnellement unique déjà opérée 3 fois. Anastomose urétéro-calicielle. Excellent résultat. Recul de 1 an.

H... D., âgée de 26 ans en 1952, présente les antécédents suivants :

- néphrite en 1941

- pleurésie séro-fibrineuse droite en 1949
- tuberculose pulmonaire en 1951
- tuberculose vésicale découverte en 1951 et confirmée par l'examen des urines, la culture et l'inoculation. Traitée par P. A. S. strepto Tebethion.

Elle est hospitalisée pour lithiase rénale droite.

La radio sans préparation montre en effet la présence de 2 calculs du rein droit.

U. I. V. : à gauche, rein muet. A droite, le bassinet est rétracté sur 2 calculs, uretère dilaté.

Cystoscopie : vessie normale, orifice urétéral gauche rétracté d'où il ne sort rien. A droite, orifice urétéral normal. Le bleu de méthylène apparaît à 9 min.

Donc, rein gauche muet, lithiase rénale droite, rein droit fonctionnellement unique en bon état.

Décision thérapeutique : ablation des calculs qui risquent de troubler le fonctionnement de ce rein droit unique.

1re opération le 1. 12. 52.

Pyélotomie droite. Lombotomie droite. L'uretère est libéré sans difficulté jusqu'à l'endroit où se trouvent les 2 pierres. Après urétérotomie, extraction des 2 pierres. L'uretère n'est pas suturé, le pôle inférieur du rein décapsulé.

Les suites opératoires sont marquées par une anurie qui ne cède pas au traitement médical ; on décide donc d'intervenir à nouveau.

2e intervention le 4. 12. 52.

Néphrostomie.

Lombotomie droite itérative. On découvre un exsudat trouble entre reins et péritoine. On extériorise doucement le rein mais il se produit à ce moment une déchirure de l'uretère à l'endroit de l'urétérotomie. On réimplante l'uretère dans le bassinet sur une sonde urétérale de modelage, mais étant donnée la mauvaise qualité des tissus et la difficulté de l'anastomose, on pratique une néphrostomie.

Les suites sont simples, l'anurie cède.

Le 21e jour, on enlève la sonde urétérale de modelage et la diurèse étant bonne, on enlève la sonde de néphrostomie. La plaie lombaire cicatrice rapidement.

8 jours plus tard, l'orifice de néphrostomie s'ouvre (fistule urinaire lombaire).

On tente de monter une sonde urétérale, mais sans succès. La pyélographie descendante par l'orifice lombaire et l'U. P. R. montrent l'existence d'une sténose serrée de la néojonction.

3e opération le 15. 1. 53.

Tentative de cure d'une sténose de néo-jonction pyélo-urétérale. Lombotomie droite itérative. L'uretère est sténosé sur une longueur de 15 mm.

Toute tentative de rétablissement de la continuité pyélo-urétérale semblant vouée à l'échec, on se résoud à conserver la néphrostomie.

Mais dans les suites opératoires, cette néphrostomie n'empêche pas une fuite d'urine autour de la sonde, l'apparition de douleurs et, de plus, la sonde se bouche fréquemment. La malade réclame à tout prix une solution.

4e opération le 24. 8. 53.

Anastomose urétéro-calicielle droite.

Lombotomie itérative droite. Extériorisation du rein. Libération de l'uretère au-dessous de la sténose.

L'uretère est sectionné au-dessous de la sténose et son extrémité est fendue en 2 valves chacune répérée par un point de catgut. Au pôle inférieur du rein, on creuse alors un canal atteignant le point déclive du calice inférieur.

Une sonde urétérale est introduite dans l'uretère, son extrémité supérieure sort par la convexité du rein à côté de la sonde de néphrostomie. L'uretère avec ses deux valves repérées est introduit dans le rein et les 2 fils sont fixés au parenchyme rénal. La sonde urétérale est descendue dans la vessie.

Les suites opératoires sont simples : la sonde de modelage reste en place pendant 3 mois. Après ablation de la sonde de modelage, la malade urine normalement. On enlève alors la sonde de

néphrostomie. L'U. I. V. montre alors une bonne sécrétion du rein droit. L'uretère est visible dans la moitié supérieure.

Un an après, la malade est hospitalisée à nouveau : elle ne souffre pas, sa plaie lombaire est cicatrisée et ne s'est pas rouverte, les urines sont encore troubles. Urée sanguine à 0, 25 g.

Le résultat est donc excellent.

—— oOo ——

5e OBSERVATION

MANETTI et SIRACUSANO dans "CHIRURGIA E PATOLOGIA SPERIMENTALE", vol. 4, Fasc. 8, août 1956.

Sténose de la jonction pyélo-urétérale droite avec énorme distension pyélo-calicielle droite. Anastomose urétéro-calicielle. Excellent résultat.

Assunta Z. . . , âgée de 28 ans en 1956, se plaignait de lombalgies entrecoupées de coliques néphrétiques droites, répétées pendant 8 ans avant que la malade ne consulte.

Pas de fièvre. Les urines sont claires.

U. I. V. : à droite, sécrétion retardée, énorme distension des calices et du bassinet.

- A gauche : bon rein à bassinet bifide. Cystoscopie : vessie normale.

Le cathétérisme des uretères se fait sans difficultés en particulier la sonde droite monte et passe la jonction. La pyélographie ascendante montre de façon plus précise l'énorme distension des calices et du bassinet droits. La concentration uréique urinaire est de 6 g °/$_{oo}$ (R. D.), de 22 g °/$_{oo}$ (R. G.) Urée sanguine 0, 44 g.

Diagnostic : sténose congénitale de la jonction pyélo-urétérale droite.

Décision thérapeutique : anastomose urétéro-calicielle.

Opération

Anastomose urétéro-calicielle droite.

Lombotomie droite. Découverte et extériorisation du rein qui est très volumineux, lobulé distendu avec un bassinet flasque en cornemuse.

La jonction semble modérément sténosée.

On sectionne le bassinet à 1 cm au-dessus de la jonction, afin de laisser au-dessus de l'uretère une collerette de bassinet. La jonction sténosée est sectionnée longitudinalement et suturée transversalement.

Le bassinet est suturé. Néphrotomie du pôle inférieur du rein (le parenchyme est réduit à une coque de 8 à 9 mm d'épaisseur. Suture de la muqueuse du calice à points séparés. Suture de la capsule et amarrage de l'adventice urétérale à la capsule.

Un drain en T (type drain de Kehr) est introduit (5 cm) au-dessous par une courte urétérotomie. Sa branche supérieure traverse l'anastomose.

Reposition du rein et fermeture plan par plan.

Les suites opératoires sont simples :

Le drain de Kehr qui a toujours bien fonctionné est enlevé le 30e jour. La lombotomie cicatrise rapidement sans que l'on observe de fistule.

Une pyélographie ascendante pratiquée quelques jours après l'ablation du drain montre que la distension des calices et du bassinet est en très nette régression, les calices en particulier semblent avoir récupéré une certaine tonicité. L'uretère est normal ; l'anastomose perméable. La malade sort le 22e jour.

Elle revient pour contrôle 4 mois plus tard, en excellent état général, sans douleurs et sans fièvre. Ses urines sont claires.

U. I. V. : sécrétion du rein droit un peu retardée, mais de bien meilleure qualité, très grosse régression de la distension des calices ; seuls les calices inférieurs restent dilatés en boules. Uretère et anastomose sont bien visibles, de calibre satisfaisant.

En cystoscopie, la vessie est normale. Les concentrations uréiques urinaires sont de 10 g °/$_{oo}$ pour R. D. , 22 g °/$_{oo}$ pour le R. G.

Donc, excellent résultat.

6e OBSERVATION

CIBERT J. et DURAND dans "MEMOIRES DE L'ASSOCIATION FRANCAISE D'UROLOGIE".

50e Congrès Français d'Urologie, PARIS, séance du 4. 10. 56 pp. 407 du compte rendu.

Tuberculose du rein droit, unique. Néphrectomie partielle ne conservant que le pôle supérieur. Anastomose urétéro-calicielle. Excellent résultat avec un recul de 14 mois.

Homme âgé de 36 ans en 1955 atteint de tuberculose du rein droit.

Chez un homme de 36 ans, médecin, aux lourds antécédents tuberculeux : granulie froide à 13 ans, arthrite du poignet gauche et coxite droite à 14 ans. Tuberculose rénale gauche et néphrectomie G. à 17 ans. POTT L4-L5 et arthrite du coude à 18 ans. Rétrécissement de l'urètre postérieur, peut-être tuberculeux à 26 ans. Epidydimectomie gauche pour tuberculose à 33 ans.

Apparition en 1954 de poussées fébriles se répétant depuis, accompagnées de lombalgies droites, d'asthénie et découverte d'une tuberculose rénale droite. Le rein droit est gros, fixé, sensible, l'urée sanguine est à 1, 05 g.

L'U. I. V. du 4. 8. 55 montre que la sécrétion du rein droit est retardée, le calice supérieur est très dilaté, les calices moyen et inférieur sont visibles. L'U. I. V. de septembre montre une sécrétion encore plus faible et retardée, seulement visible sur le cliché de 2 heures après l'injection.

Par ailleurs, il faut noter l'existence d'un testicule gauche atrophique et d'une prostate bosselée.

Au total, il s'agit d'une tuberculose du rein droit unique ; seul le pôle supérieur peut être conservé, le reste du rein est détruit.

Il existe une insuffisance rénale sérieuse.

Enfin, un petit rétrécissement urétral sans retentissement sus-jacent.

Décision thérapeutique : néphrectomie partielle.

Opération le 30. 9. 55.

Néphrectomie polaire inférieure et anastomose urétéro-calicielle.

On commence par monter une sonde urétérale qui atteint le rein sans rencontrer d'obstacle.

Lombotomie gauche. Le rein est gros, son pôle supérieur est normal, l'inférieur est bosselé, pyonéphrotique.

Néphrectomie polaire inférieure qui ouvre largement le calice supérieur dilaté. Résection de la sténose urétéro-calicielle (?). Anastomose urétéro-calicielle.

Fermeture du calice en dehors de l'anastomose. Suture hémostatique de la tranche parenchymateuse renforcée par un plan capsulaire.

Les suites opératoires sont simples : bonne diurèse. L'urée sanguine monte à 1,47 g puis descend à 0,85 g.

9 mois après, l'état général est bon. L'urée sanguine à 0,64 g. L'U. I. V. montre une sécrétion à 5 min. On pratique une résection endoscopique du rétrécissement urétral.

10 mois après, l'U. I. V. montre une sécrétion à 5 min., une dilatation du calice supérieur moins importante qu'avant l'intervention.

11 mois après, l'U. I. V. montre que le calice supérieur est un peu dilaté, l'uretère normal.

Donc excellent résultat.

—— o0o ——

7e OBSERVATION

SINGER J. dans "BRITISH JOURNAL OF UROLOGY", Juin 1962, T. 34, n° 2, pp. 178 à 180.

Sténose cicatricielle de la jonction d'un rein fonctionnellement unique après pyélotomie pour lithiase. Anastomose urétéro-calicielle. Excellent résultat mais le recul n'est que de 2 mois et demi.

M. Y..., femme âgée de 48 ans en 1959, est lithiasique rénale gauche depuis novembre 1958 (lombalgies gauches). Découverte en avril 1959.

Urines troubles. Urée sanguine 0,21 g.

Le cliché sans préparation montre la présence :
à droite, d'un calcul coralliforme et de plusieurs petits calculs moulant le bassinet et les calices,

à gauche, d'un calcul pyélique.

U.I.V. : la sécrétion du rein droit est pâle et retardée avec une grosse distension des cavités remplies de calculs. A gauche, il existe un calcul pyélique, le rein sécrète bien, les calices sont dilatés.

Il s'agit donc d'une lithiase rénale bilatérale : le rein droit est pratiquement détruit. Le rein gauche, distendu, porte un calcul pyélique.

Décision : extraire le calcul gauche pour préserver ce rein, fonctionnellement unique.

Opération le 10. 5. 59

Pyélo-néphrotomie pour lithiase

Lombotomie, le rein gauche est normal, le bassinet presque entièrement intra-sinusal, mais on palpe au travers du parenchyme le calcul pyélique. Pyélotomie extra-sinusale, l'incision portant sur la partie extra-sinusale du bassinet ne permet pas d'extraire le calcul et on doit la prolonger sur le rein, ce qui entraîne une hémorragie importante.

On met en place une sonde de néphrostomie ; fermeture du bassinet. Un drain.

Les suites opératoires.

Le premier jour, la néphrostomie ne donne rien, puis de l'urine teintée de sang. Apyrexie en quelques jours.

Au 10e jour, pyélographie descendante par la néphrostomie : il existe une sténose de la jonction.

Pyélographie rétrograde : bien que le cathéter soit monté jusqu'à L2, le liquide de contraste ne peut franchir la jonction et dessiner le bassinet.

Il existe donc une sténose de la jonction du rein gauche, unique.

2e opération

Lombotomie gauche itérative. Il existe une sténose de la jonction que l'on dilate. Une sonde de néphrostomie est laissée en place en modelage.

Les suites de cette intervention sont simples. 3 semaines après une pyélographie descendante montre un passage facile vers la vessie.

On enlève donc la sonde de néphrostomie et la malade sort.

Mais 15 jours plus tard, une poussée fébrile élevée nécessite une nouvelle hospitalisation. Une pyélographie rétrograde montre qu'il existe une sténose de la jonction.

3e opération

On pratique une nouvelle exploration du rein gauche le 30. 6. 59.

Il existe au sein d'une zone très inflammatoire, une sténose serrée de la jonction. On replace une sonde de modelage sortant en néphrostomie.

Dans les suites opératoires, la néphrostomie donne très abondamment et la malade sort bientôt de l'Hôpital, mais on a laissé la sonde de néphrostomie en place pour modeler la jonction et permettre des irrigations répétées du bassinet avec la solution de Suby.

Une nouvelle pyélographie montrant un bon passage vers la vessie. La néphrostomie est supprimée.

3 semaines plus tard la fièvre reparaît et une fistule lombaire s'ouvre.

U. I. V. : pas de récidive de la lithiase, le rein sécrète bien.

En novembre 1959, 4e opération.

Anastomose urétéro-calicielle.

Lombotomie gauche itérative. L'uretère est libéré du tissu cicatriciel et sectionné au-dessous de la sténose.

Le pôle inférieur du rein est réséqué, ce qui ouvre le collet du calice inférieur.

Une sonde en polyvinyl 14 F est introduite par la convexité du rein dans le bassinet ; elle passe le collet du calice inférieur et plonge dans l'uretère.

L'uretère fendu en bivalve est suturé à la muqueuse du calice au catgut chromé 000.

Les suites opératoires sont simples.

Cicatrisation rapide et sortie de la malade le 18e jour. 42 jours plus tard, ablation de la sonde de néphrostomie. U. I. V. et pyélographie rétrograde montrent que l'anastomose est parfaitement perméable.

Excellent résultat.

Deux autres auteurs ayant réalisé aussi des anastomoses urétéro-calicielles ont été signalés. Nous nous contenterons simplement de les citer ici ; l'un, A. PUIGVERT de Barcelone, parce que nous n'avons pas pu être en possession de ses observations ; l'autre, R. COUVELAIRE de Paris, parce que ses observations, au nombre de 21 ont fait l'objet de la thèse de P. LEGER, soutenue en 1964 sous le titre "ANASTOMOSES URETERO-CALICIELLES" et enregistrée sous le n° 259.

o0o

CONCLUSION

1 - L'anastomose urétéro-calicielle peut être définie comme une anastomose entre l'uretère lombaire et l'un des trois calices du rein, mais plus fréquemment le calice inférieur.

2 - Ses indications sont constituées dans la quasi-totalité des cas par la sténose de la jonction pyélo-urétérale associée ou non à une sclérose du bassinet, que cette sténose soit cicatricielle, conséquence d'opérations antérieures sur l'uretère ou le bassinet, ou congénitale avec importante hydronéphrose. Les autres indications sont : certains cas de tuberculose rénale et le rein en fer à cheval.

3 - Les techniques de l'anastomose urétéro-calicielle sont assez mal codifiées dans l'ensemble et doivent être adaptées à chaque cas particulier. Néanmoins, on peut dire dès maintenant qu'il existe deux méthodes :

a) L'implantation de l'uretère dans un calice qui consiste à implanter l'uretère dans le calice inférieur à travers un tunnel creusé dans le pôle inférieur du rein. Elle est souvent vouée à l'échec à cause de la sténose fréquente du bout urétéral intra-rénal.

b) L'anastomose urétéro-calicielle qui consiste à aboucher l'uretère dans le calice considéré après néphrectomie polaire inférieure qui ouvre largement ce calice. C'est la méthode la meilleure.

4 - Avec notre cas personnel, nous comptons actuellement 29 observations d'anastomose urétéro-calicielle sans inclure dans ce nombre les 4 cas de A. PUIGVERT.

Il reste certainement des auteurs ayant pratiqué la même intervention, et qui ne sont pas cités dans ce travail, malgré tout on peut se rendre compte du nombre restreint et aussi de la rareté des cas rencontrés.

5 - Anatomiquement l'anastomose urétéro-calicielle réalise un montage séduisant. Mais elle est contraire à la physiologie normale de cette région des voies urinaires qui fait intervenir la contraction des calices et du bassinet pour faire progresser l'urine dans l'uretère. En fait, cette technique réalise bien son but, qui n'est autre chose que de créer un drainage déclive dans un système collecteur dilaté et ayant perdu toute physiologie normale.

Nous pensons donc que l'anastomose urétéro-calicielle est une technique qui donne d'excellents résultats lorsque les indications sont bien posées et qu'on a choisi la méthode la meilleure. Dans ces conditions elle devrait également être appliquée en dehors du rein unique comme celà a été le cas dans ce travail.

oo0oo

Vu, le Président de Thèse :
Pr Pierre ABOULKER.

Vu, le Doyen de la Faculté :
Pr Gaston CORDIER.

Vu et Permis d'Imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris

Jean ROCHE.

BIBLIOGRAPHIE

CHAUVIN H. F. et FARNARIER G. de MARSEILLE : Résultat immédiat d'une anastomose urétéro-calicielle pour tuberculose rénale. Journal d'Urologie Français 1961 pp. 545.

CIBERT et DURAND dans Mémoires de l'association Française d'Urologie 50e Congrès Français d'Urologie, Paris, séance du 4. 10. 56 ; pages 407 à 411 du compte rendu. Anastomose urétéro-calicielle pour tuberculose d'un rein unique.

JAMESON S. G. Mc KINNEY J. S., et RHUSTON J. F. : Urétérocaliciostomie, un nouveau procédé chirurgical pour la correction de la sténose urétéropyélique associée à un bassinet intra-sinusal. Journ. d'Urologie Américain n° 77 pp. 135 - 143. de 1957.

LEGER P : Thèse n° 259. 1964 Anastomoses urétéro-calicielles. pp. 61-64, 57-58, 54-56, 65-67, 59-60.

MACAULAY R. J., de la division d'Urologie, serv. de Chirurgie de "Duke Hospital" de Durham N. C. : Anastamose urétérocalicielle. Journ. d'Urologie Américain 90, n° 1 juillet 1963 pp. 40-42.

MANETTI et SIRACUSANO dans "Chirurgia e patologia Sperimentale" vol. 4 fasc. 8, Août 1956. Sténose de la jonction pyélo-urétérale droite avec énorme distension pyélo-calicielle droite. Anastomose urétéro-calicielle.

PAGEL W de Berlin : Implantation de l'uretère dans un calice. Journ. d'Urologie Allemand T. 48 fasc. 11 pp. 699-704. rapporté par R. Prévot dans le journal d'Urologie Français T. 63. pp. 128 1957.

SINGER J : Urétéro-caliciostomie. Journ. d'Urologie Britannique Juin 1962, 34, n° 2 pp. 178-180.

WETTERWALD F : Journal d'Urologie et de néphrologie Français de février 1964.

oOo

AGEMP